附件2

报价表

项目名称：广东省人民医院港澳药械经营企业

经营企业名称：

联系人姓名：

联系人电话：

联系人邮箱：

|  |  |
| --- | --- |
| 服务费率 |  |
| 备注 |  |

供应商（单位公章）：

日期： 年 月 日

注：1.填写此表时不得改变表格的形式。如有其他特殊说明事项，可在“备注”栏内明确表述。

2.请在备注栏说明服务费收取规则。